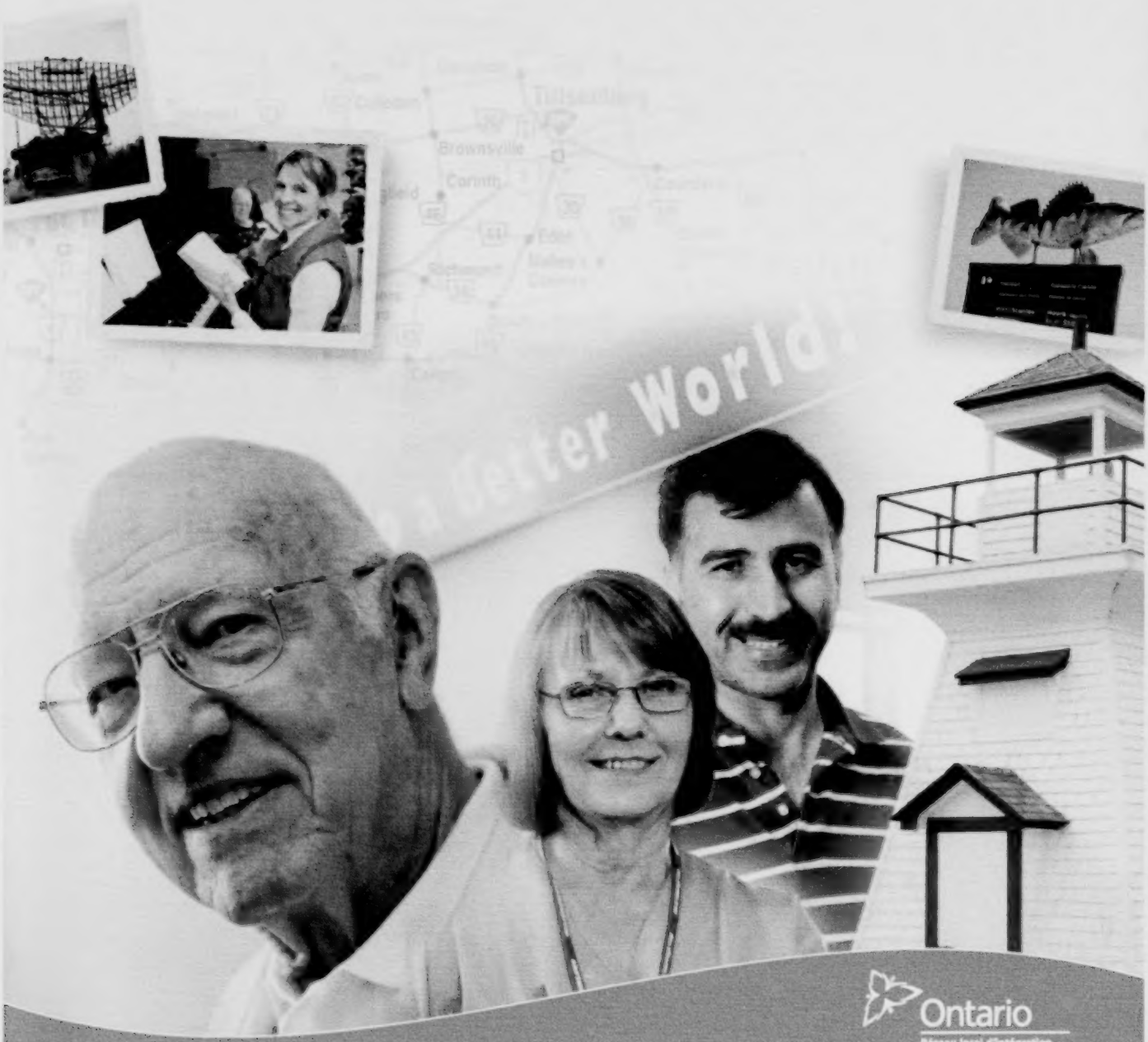
RLISS du Sud-Ouest

Un Avenir Plus Sain

Rapport Annuel 2008-2009



Ontario

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Table des matières

Message du président du conseil et du chef de la direction	3
Conseil d'administration	4
Vision	4
Mission	4
Valeurs	4
Bienvenue au Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (RLISS)	5
Quel est le visage humain du RLISS du Sud-Ouest?	6
Profil de la santé de la population des résidants du RLISS du Sud-Ouest	6
Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ERMR)	8
Mise en œuvre du Plan de services de santé intégrés	11
Participation communautaire	13
Initiatives en matière de santé des autochtones	15
Nos communautés francophones	15
L'intégration dans le RLISS du Sud-Ouest	16
Régler les problèmes de temps d'attente aux Services d'urgence et réduire la pression sur l'ANS	17
Autres initiatives pour améliorer les soins de santé dans le RLISS du Sud-Ouest	19
Résultats de l'exploitation	20
Les états financiers	21

Message du président du conseil et du chef de la direction

Les RLISS se sont retroussé les manches il y a un peu plus de trois ans et n'ont jamais baissé les bras depuis.

Nous sommes inspirés par nos résidents qui demandent et méritent un système de soins de santé de qualité et par les fournisseurs qui se passionnent pour leur travail et qui donnent généreusement et de plein gré de leur temps pour assurer que nous prenions des décisions bien éclairées.

Parce que notre RLISS couvre un vaste territoire, nous sommes conscients que nous devons répondre aux besoins de tous nos résidants, autant ceux des collectivités rurales que ceux des plus grands centres urbains. Notre conseil tient régulièrement des réunions dans diverses localités du RLISS pour veiller à ce qu'il prenne le pouls de l'ensemble de la population. En 2008-2009, le conseil s'est réuni à Kincardine, Clinton, Woodstock, Port Rowan, Tavistock et Wingham. Ce n'est qu'à force de connaître les collectivités et de comprendre leurs attentes que nous serons en mesure d'offrir un système transformé de soins de santé juste, équitable et durable.

L'an dernier, des signes de changement positifs ayant un véritable impact sur le quotidien des résidants de notre RLISS ont commencé à se manifester. Dans le cadre de la stratégie provinciale *Vieillir chez soi*, il nous a été possible de financer des programmes de soutien aux personnes âgées recevant leur congé d'hôpital, ou à celles qui ont besoin d'aide à la maison, ou pour simplement les transporter vers un rendez-vous d'ordre médical. Nous savons que nos hôpitaux font face à de grands défis lorsque leurs lits sont utilisés par des personnes qui n'ont plus besoin des services en milieu hospitalier, mais qui ne peuvent retourner chez elles étant donné qu'elles requièrent des soins d'un autre niveau ou qu'elles n'ont personne à la maison pour les aider. Le RLISS a donc destiné des fonds à une unité de lits pour soins de transition afin d'aider les patients recevant leur congé d'hôpital. Les succès de celui-ci et de plusieurs autres programmes ont vraiment changé la vie des personnes, ainsi que le système de soins de santé.

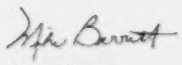
Cette année, nous avons formellement accepté une mission et une vision pour le RLISS du Sud-Ouest et présenté les valeurs que nous intégrons dans notre travail quotidien (voir la page 4 de ce rapport annuel). La mission et la vision servent à nous rappeler à l'ordre. Si une activité ou un programme en particulier ne peut s'expliquer dans le contexte de notre mission ou notre vision, nous devons alors sérieusement remettre en question l'existence même de l'activité ou du programme.

L'année qui vient s'annonce passionnante, puisque nous renouvellerons notre plan de services de santé intégrés (PSSI) – c'est dans ce document que nous fixons les priorités qui nous guideront pendant les trois années à venir. Les priorités de notre PSSI s'inscriront dans notre initiative de conception du système de soins de santé qui s'appuiera sur une perspective au niveau du système de soins de santé dans le RLISS du Sud-Ouest pour fixer les bons services, au bon endroit, au bon moment, et offerts par le bon fournisseur. Dans le cadre de la base de conception, nous consulterons autant nos fournisseurs de soins de santé que les collectivités de notre RLISS pour assurer que cette création s'effectue avec la certitude que nous tenons compte des suggestions, attentes et préoccupations de ceux et de celles que nous devons servir. Nous planifions 17 rencontres de discussion communautaire sur l'ensemble du territoire du RLISS en juillet et en septembre, où les citoyens pourront s'exprimer. Nous organisons également des colloques avec les fournisseurs de soins de santé, ceux qui œuvrent sur le terrain et qui comprennent les enjeux quotidiens de notre système de soins de santé.

Beaucoup reste à faire, mais avec la participation et l'appui de nos communautés et de nos fournisseurs de soins, nous pouvons faire un pas de plus dans la réalisation de notre vision d'« un système de soins de santé qui préserve la santé des gens, propose de bons services lorsqu'ils sont malades et fonctionnera encore pour leurs enfants et leurs petits-enfants ».

Ce rapport jette un regard sur ce qui a été accompli durant la dernière année, et nous envisageons le travail déjà bien engagé pour l'année qui vient. Enfin, nous désirons saluer tous les membres du conseil et du personnel pour l'ardeur et le dévouement dont ils font preuve dans leur immense contribution à notre succès en 2008-2009.

Norm Gamble
Président du conseil d'administration



Michael Barrett
Chef de la direction

Conseil d'administration

Norm Gamble, président
1er juin 2008 au 31 mai 2011
(second mandat)

Janet McEwen, vice-présidente
11 juin 2008 au 10 juin 2011
(second mandat)

Kerry Blagrave, secrétaire
2 juin 2008 au 1er juin 2011
(second mandat)

Anne Lake
5 février 2007 au 4 février 2010
(second mandat)

John Van Bastelaar
5 janvier 2008 au 4 janvier 2011
(second mandat)

Dr. Murray Bryant
17 mai 2008 au 16 mai 2011
(second mandat)

Barrie Evans
17 juin 2007 au 16 juin 2010
(second mandat)

Ferne Woolcott
17 juin 2007 au 16 juin 2010
(second mandat)

Linda Stevenson
16 mai 2007 au 15 mai 2009

Travailler ensemble pour...
... *Un Avenir Plus Sain*

Notre Vision

Un système de soins de santé qui préserve la santé des gens, propose de bons services lorsqu'ils sont malades et fonctionnera encore pour leurs enfants et leurs petits-enfants.

Notre Mission

Le RLISS du Sud-Ouest rassemble des personnes et des organisations pour créer un système de soins de santé établissant un équilibre entre l'accès, la qualité et la viabilité.

Nos valeurs

LA COMPASSION – Nous voulons que nos actes profitent réellement aux personnes et aux communautés.

LE COURAGE – Nous prendrons des décisions difficiles au besoin.

GUIDER PAR DES ÉLÉMENTS SOLIDES – Nos décisions seront basées sur les meilleures données disponibles.

L'INNOVATION – Nous encouragerons et soutiendrons les nouvelles idées et le partage de nouvelles connaissances.

L'INTÉGRITÉ – Nous agirons de manière juste, équitable et cohérente.

LA CONFIANCE ET LE RESPECT – Nous valorisons la confiance et le respect mutuels.

Le site Web du RLISS du Sud-Ouest affiche les biographies des membres du conseil à www.southwestlhin.on.ca

Bienvenue au Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (RLISS)

Le RLISS du Sud-Ouest est un organisme de la Couronne chargé de la planification, de l'intégration et du financement de plus de 150 fournisseurs de services de santé répartis sur un territoire allant du lac Érié au Sud jusqu'à la baie Georgienne au Nord. Le paysage diversifié de la région du Sud-Ouest va des falaises calcaires et plages de sable blanc, jusqu'aux forêts, terres agricoles et artères urbaines. Le RLISS est un jeune organisme guidé par un conseil d'administration composé de membres compétents et engagés de la communauté.

Notre nom résume tout. Le but du RLISS du Sud-Ouest est d'assurer que la population locale façonne son propre système de santé en s'appuyant sur sa connaissance de ses propres besoins. Nous sommes d'avis que l'intégration des soins sera rendue possible par des partenariats qui élèveront la qualité des services, optimiseront l'utilisation des ressources, réduiront les dédoublements et favoriseront la coordination. Nous sommes un réseau d'organismes et de personnes rassemblés autour d'un seul et même but : un système qui fonctionne.

Nous connaissons tous les défis posés à notre système de santé : le vieillissement démographique, les temps d'attente, les pénuries dans certaines professions de la santé, les limites des ressources, et plus encore. Nous sommes également conscients du potentiel inexploité au sein de nos communautés et des gens qui forment le système.

En 2006, le RLISS du Sud-Ouest s'est engagé envers quatre priorités d'intégration : le renforcement et l'amélioration des soins de santé primaires, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, l'établissement de liens dans tout le continuum des services de santé et l'accès aux bons services, au bon endroit et au bon moment par l'entremise du bon fournisseur. En outre, nous avons également établi deux priorités clés : les ressources humaines et la cybersanté. Chaque initiative que nous soutenons s'aligne sur ces priorités. Nous nous employons en ce moment à cerner les priorités pour notre prochain plan triennal qui nous guidera durant les exercices 2010 à 2013.

Le RLISS du Sud-Ouest est fier de la place centrale qu'il occupe dans les communautés de Glencoe, Ballymote et Cape Croker, et du côté de Vienna, Newbury et Port Stanley.

Le partenariat que nous entretenons avec la population de notre région qui atteint près d'un million nous permettra de créer de meilleurs soins pour tous.

Quel est le visage humain du RLISS du Sud-Ouest?

Tout comme le territoire qu'elle habite, la population du RLISS du Sud-Ouest est diversifiée. Dans notre planification d'un système de santé qui répond aux attentes de tous ses utilisateurs, nous tenons compte des réalités suivantes :

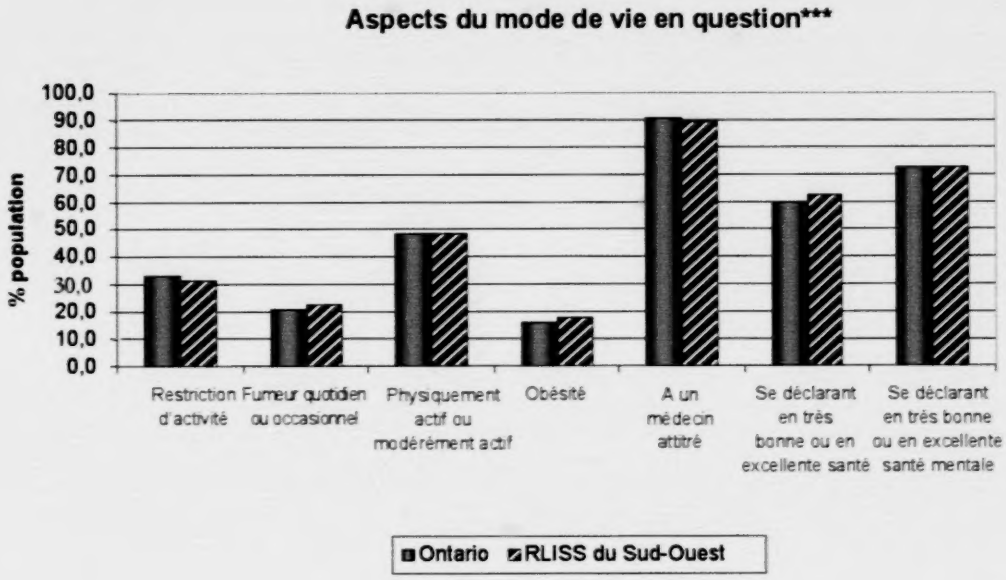
- Des quelque 900 000 personnes de la région, la plupart (85 %) ont l'anglais comme langue maternelle. D'autre part, la langue maternelle de plus de 11 000 résidants (1,3 %) est le français. Ceux et celles qui ne parlent aucune des langues officielles sont au nombre de 7 300 (0,8 %).
- Les autochtones forment 1,4 % de la population du Sud-Ouest. Cela se compare au 2 % qu'affiche la province entière et représente un segment démographique important aux enjeux particuliers en matière de santé. Il y a cinq réserves dans le Sud-Ouest qui sont le domicile de près de 4 500 personnes. Les autochtones vivant hors des réserves sont au nombre de 7 200.*
- La population du RLISS du Sud-Ouest est prévue s'accroître pour atteindre plus de 1,1 million d'âmes d'ici 2017.
- Le pourcentage de la population de personnes âgées de 65 et + est de 15,2 % dans le RLISS du Sud-Ouest. L'ensemble de la province pour cette même population affiche 13,6 %. Le nombre des aînés est prévu s'accroître rapidement au cours des prochaines années. **

Profil de la santé de la population des résidants du RLISS du Sud-Ouest***

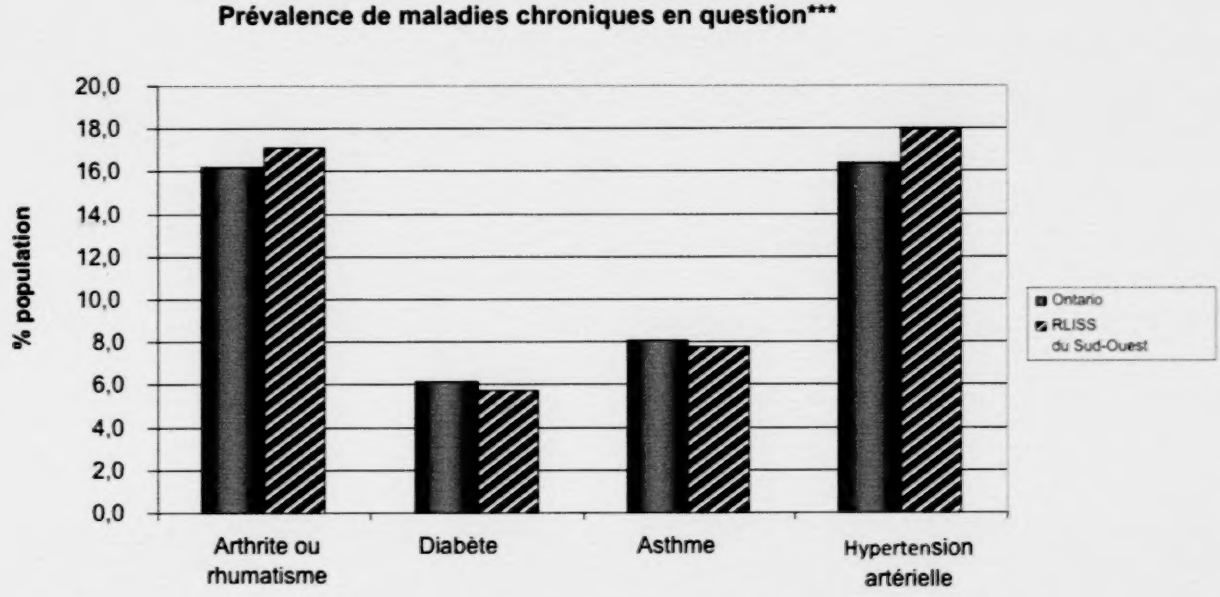
Dans l'élaboration d'un système de santé pour demain, il est important de comprendre les besoins d'aujourd'hui, ainsi que les aspects du mode de vie de la population actuelle qui sont susceptibles d'avoir un impact sur les besoins à venir en matière de soins de santé. Voici quelques-uns de ces aspects et la place qu'ils occupent dans le RLISS du Sud-Ouest, et dont il faut tenir compte dans le processus de transformation du système de soins de santé.

- Près des deux tiers (62,5 %) des personnes habitant le Sud-Ouest qualifient leur état de santé de très bon ou d'excellent. Cette statistique représente une nette amélioration par rapport à 2003.
- Même si l'incidence du diabète se situe sous la moyenne provinciale, elle s'est accrue depuis 2003.
- L'alcool est consommé en épisode de cinq portions ou plus, au moins une fois par mois chez 24,7 % de la population, comparativement à une moyenne provinciale de 21,1 %
- Au total, 19,1 % des résidants du RLISS du Sud-Ouest indiquent subir de forts niveaux de stress, comparativement à 22,1 % pour les Ontariennes et Ontariens.
- Les personnes souffrant d'obésité dans le Sud-Ouest atteignent 18 %.
- Comparativement aux statistiques de 2003, moins de personnes ont actuellement un médecin de famille habituel dans le Sud-Ouest.

Le tableau ci-dessous représente graphiquement les aspects du mode de vie et les compare aux valeurs provinciales.



Le tableau suivant affiche les taux de prévalence des différentes maladies chroniques dans la population du RLISS du Sud-Ouest comparativement à la population ontarienne.



Sources des données : *Population du registre des Indiens selon le sexe et la résidence, 2006, Affaires indiennes et du Nord Canada. **Projections démographiques du ministère des Finances, Projections démographiques par sexe, âge et RLISS de résidence, 2006-2016, Projet d'analyse des données sur le système de santé. ***Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007.

Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ERMR)

L'Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS définit la nature précise du rapport entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et le RLISS du Sud-Ouest à l'égard de la prestation de programmes et de services de soins de santé à l'échelle locale. Cette entente mutuelle entre le ministère et le RLISS décrit les responsabilités et les obligations de chaque organisme, ainsi que les indicateurs de rendement respectifs pour des périodes définies.

Indicateurs de rendement de l'ERMR du RLISS du Sud-Ouest 2008-2009

Indicateur de rendement	Objectif provincial	Rendement provincial annuel 2008-9	Point de départ RLISS 2008-9	Objectif de rendement du RLISS 2008-9	Résultats annuels de l'EF 2008-9 du RLISS[1]	Marge de rendement	Atteinte d'objectif ou de marge de rendement
90e percentile du temps d'attente pour chirurgie du cancer[2]	84 jours	62	77	65	88	72-59	NON
90e percentile du temps d'attente pour pontage cardiaque[2]	182 jours	53	46	45	56	50-41	NON
90e percentile du temps d'attente pour chirurgie de la cataracte[2]	182 jours	115	109	96	90	106-86	OUI
90e percentile du temps d'attente pour remplacement de la hanche[2]	182 jours	173	227	200	153	220-180	OUI
90e percentile du temps d'attente pour remplacement du genou[2]	182 jours	205	293	215	204	237-194	OUI
90e percentile du temps d'attente pour diagnostic d'IRM	28 jours	97	170	133	132	166-100	OUI
90e percentile du temps d'attente de tomodensitogramme diagnostique	28 jours	39	44	34	34	43-26	OUI
Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires (ACSC)[2, 3]	290,76 par 100 000	301,52	305,26	290,00	316,27	319-261	OUI
Durée médiane d'attente pour placement en maison de SLD - tous placements[4]	50 jours	104	84,00	79,00	90,00	98,75-59,25	OUI
Pourcentage de jours d'Autre niveau de soins (ANS) - par RLISS d'établissement[2, 3]	9,46 %	15,46	10,70	9,90	12,25	10,89-8,91	NON
Taux des cas aux services des urgences traitables ailleurs[2, 3]	11,79 par 1 000	5,98	60,27	55,00	59,16	60,50-49,50	OUI
Taux de réadmission pour infarctus aigu du myocarde (IAM)[2, 3]	3,80 %	3,89	4,37	4,25	4,15	5,31-3,19	OUI

Notes sur le rendement en fin d'année

1. Pour les indicateurs de temps d'attente : Résultats annuels de l'exercice financier (EF) 2008-2009 du RLISS = Valeur réelle du rendement annuel d'avril 2008 à mars 2009. Pour les indicateurs non liés aux temps d'attente : Résultats annuels de l'EF 2008-2009 du RLISS = Valeur moyenne sur 1er trim. (avril, mai, juin 2008), 2e trim. (juill., août, sept. 2008) et 3e trim. (oct., nov., déc. 2008)

2. Pour tous les indicateurs de temps d'attente, si le point de départ du RLISS en 2008-9 est SUPÉRIEUR à l'objectif provincial, le rendement en fin d'année du RLISS sera évalué à partir de la valeur réelle du rendement du 4e trim. de 2008-09. Pour tous les indicateurs de temps d'attente, si le point de départ du RLISS en 2008-9 est INFÉRIEUR à l'objectif provincial, le rendement en fin d'année du RLISS sera évalué à partir de la valeur réelle du rendement annuel de l'EF 2008-2009.

3. Pour les quatre indicateurs non liés aux temps d'attente (jours d'ANS, taux de réadmission pour IAM, cas aux SU et hospitalisation pour conditions propices aux soins ambulatoires), le rendement en fin d'année du RLISS sera évalué à partir des valeurs moyennes du rendement des trois premiers trimestres de 2008-2009.

4. Pour la durée moyenne d'attente pour placement en maison de SLD, le rendement en fin d'année du RLISS sera évalué à partir de la valeur réelle du rendement annuel de l'EF 2008-2009 (données provisoires)

5. Les taux annuels de 2008-2009 sont estimés à partir des données des trimestres 1 à 3.

Définitions :

Marge de rendement – Tous les objectifs convenus prévoient une fourchette respective de rendement acceptable. Si le rendement ne se situe pas à l'intérieur de la fourchette, le RLISS doit rédiger et transmettre au ministère de la Santé un rapport sur les écarts exposant les mesures qu'il propose pour l'amélioration du rendement et l'atteinte d'une valeur située dans la marge de rendement.

90e percentile du temps d'attente pour chirurgie du cancer, pontage, remplacement de genou/hanche – temps d'attente depuis le moment de la décision médecin-patient d'aller en chirurgie jusqu'au moment de la fin du processus. 90e = délai au bout duquel le processus est terminé pour 90 % des patients. Indiqué en jours. La marge de rendement est fixée à +/- 10 %.

90e percentile du temps d'attente pour IRM ou TD – temps d'attente depuis la prescription de l'examen diagnostique jusqu'à la fin de l'examen. 90e = délai au bout duquel le processus est terminé pour 90 % des patients. Indiqué en jours. La marge de rendement est fixée à +/- 25 %.

Taux de réadmission pour infarctus aigu du myocarde (IAM) – pourcentage de réadmission non planifiée de patients hospitalisés pour IAM ou autre diagnostic connexe dans les 28 jours de l'hospitalisation initiale pour IAM. Indiqué en tant que %. La marge de rendement est fixée à +/- 25 %

Pourcentage de jours d'Autre niveau de soins (ANS) – pourcentage de jours de patient hospitalisé lorsque le médecin (ou autre intervenant désigné) a signifié que le patient mobilisant un lit d'hôpital du service des soins intensifs a terminé la phase de soins intensifs de son traitement. Indiqué en tant que %. La marge de rendement est fixée à +/- 10 %.

Taux des cas aux services des urgences traitables ailleurs – taux standardisé selon l'âge par 1 000 personnes se rendant aux services des urgences pour des problèmes pouvant être traités dans un autre milieu de soins primaires. Indiqué en tant que taux par 1 000. La marge de rendement est fixée à +/- 10 %.

Comme l'indique le tableau plus haut, nous avons atteint et même dépassé les objectifs de rendement grâce, en partie, aux efforts collaboratifs et au dévouement des fournisseurs de services de santé (FSS) et des collectivités du RLISS du Sud-Ouest.

Les résultats font ressortir des zones précises plus problématiques du système, particulièrement le pourcentage de jours d'ANS. Nous orchestrons un certain nombre d'initiatives d'amélioration du rendement pour aborder le problème. Par exemple, les programmes mis en application en ce moment pour la réduction des ANS comprennent :

- Prévention et intervention des chutes de Grey Bruce – Augmentation du nombre de personnes âgées participant au programme d'exercices physiques à domicile d'environ 25 par rapport au nombre actuel de participants. Total de 150 participants dans la première année
- Gestionnaires d'intégration des soins dans les services des urgences
- Accroissement de la capacité des services de soutien communautaire
- Services/programmes de jour aux adultes
- Hébergement avec services de soutien et contrôles de sécurité.

Le RLISS du Sud-Ouest est engagé dans l'amélioration assidue du système et, dans le cadre de cet engagement, continuera d'élaborer et d'appliquer des mesures visant l'alignement sur les objectifs et les priorités locales et provinciales. De concert avec nos fournisseurs de services de santé, nous veillerons à ce que notre système de mesure du rendement affiche la cohésion nécessaire à l'évaluation de l'amélioration de la prestation des soins de santé.

Mise en œuvre du Plan de services de santé intégrés :

Le premier Plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS du Sud-Ouest fait suite à une vaste mise à contribution des fournisseurs, des prestataires, des dirigeants de la communauté et du public. Il témoigne de notre meilleure compréhension des priorités menant à l'intégration des soins de santé dans le Sud-Ouest. Ces priorités étaient :

- Renforcement et amélioration des soins de santé primaires
- Prévention et prise en charge des maladies chroniques
- Établissement de liens dans tout le continuum des services de santé destinés aux aînés et aux adultes aux besoins complexes
- Accès aux bons services, au bon endroit et au bon moment par l'entremise du bon fournisseur.

Nous avons également établi deux priorités clés : les ressources humaines et la cybersanté.

Depuis la création du plan, le RLISS du Sud-Ouest s'est employé à donner forme à notre vision.

La première étape, en 2007, voyait la création de neuf équipes d'action prioritaire (EAP) alignées sur les priorités. Les bénévoles dynamiques des EAP ont étudié les services de santé dans le Sud-Ouest et exploré des pratiques exemplaires au niveau international. Les rapports finaux de l'EAP exposaient des directions stratégiques déterminantes pour chacune des priorités du PSSI.

Ces recommandations étaient à la base de l'étape suivante, la démarche d'amélioration stratégique ciblée du RLISS, amorcée en 2008-2009. Dans le cadre de cette démarche, le RLISS fixait les objectifs suivants au niveau du système :

- Amélioration de la santé de la population du RLISS du Sud-Ouest
- Accès équitable aux services
- Qualité des soins et des services
- Viabilité du système de santé du RLISS du Sud-Ouest
- Intégration de la prestation des soins de santé

Cette démarche d'amélioration stratégique permettait de cerner plus de 40 initiatives et projets clés alignés sur nos objectifs au niveau du système ainsi que sur les populations et programmes prioritaires du PSSI.

Plus récemment, le RLISS est passé des hautes sphères stratégiques à une planification plus concrète. En ce sens, l'accent est mis sur nos objectifs au niveau du système, la mesure de notre rendement et la pratique de l'amélioration systématique. Les quatre comités directeurs créés par regroupement de représentants de tous les secteurs de la santé de l'ensemble du RLISS travaillent fort.

- Le Comité directeur de conceptualisation du système de santé s'emploie à l'élaboration d'un plan global de direction et de mise en œuvre des services de soins de santé dans le Sud-Ouest. L'organisme étudie également les problèmes de ressources humaines dans les services des urgences afin d'élaborer des stratégies d'amélioration fondées sur les pratiques exemplaires.
- Le Comité directeur sur les meilleurs niveaux de soins et de qualité se penche sur les projets et les initiatives qui privilégient dans l'ensemble les trois points de mire des équipes d'action prioritaire sur les aînés et les adultes aux besoins complexes, et qui vont dans le sens des efforts du RLISS visant à améliorer la qualité et l'accès pour une gamme de soins offerts aux résidants du RLISS lorsqu'ils en ont besoin. Le modèle « Balance of Care » sert à l'étude des besoins des personnes en attente d'une place dans les maisons de soins de longue durée, afin de déterminer la nature des ressources dont elles ont besoin pour demeurer dans la communauté. En même temps, le comité examine le recours à des outils normalisés et analyse les résultats des projets Flo Collaborative (pour faciliter la transition de l'hôpital vers le domicile) ainsi que ceux des stratégies Vieillir chez soi et d'Autre niveau de soins.

- Le Comité directeur de prévention et de prise en charge des maladies chroniques se concentre sur la progression des directions des EAP affectées aux maladies chroniques et aux soins primaires pour créer une approche globale à la lutte contre les MC dans le RLISS du Sud-Ouest. Le comité travaille en étroite collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée à l'application de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète et à favoriser l'accès à la médecine familiale. Il offre également son soutien au projet Partnerships for Health, qui vise à améliorer les soins primaires destinés aux adultes souffrant du diabète. Une mallette éducative d'autoprise en charge destinée aux professionnels de la santé du Sud-Ouest a été créée et une stratégie de mise en œuvre est en préparation.
- Le Comité directeur d'adoption de la cybersanté vient de commencer son travail, ouvrant la voie à plusieurs projets et initiatives de cybersanté afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins. Par exemple, le comité appuiera le projet de connectivité nord-sud, qui permettra de relier les hôpitaux de London et Grey Bruce qui pourront ainsi échanger des données cliniques sur les patients de façon sécurisée et confidentielle. D'autres projets visent à assurer la qualité du matériel et des infrastructures en place, à faciliter la transition des résultats de laboratoire du papier vers l'électronique et, en tant que l'un des premiers RLISS à adopter la cybersanté, à collaborer avec eHealth Ontario à la création d'un répertoire de prise en charge en ligne du diabète.

En plus des comités indiqués plus haut, le RLISS du Sud-Ouest, en partenariat avec Grey Bruce Health Services, London Health Sciences Centre et St. Joseph's Health Care, London, a créé une équipe spéciale d'IRM qui veille à ce que les patients soumis aux examens d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) bénéficient de services opportuns et de grande qualité. L'équipe agira pendant une période prédéterminée allant de décembre 2007 à mars 2010.

En trois courtes années fort mouvementées, le RLISS du Sud-Ouest est passé de la participation communautaire jusqu'à la formulation de plans précis qui nous mènent vers une intégration véritable du système de soins de santé. Beaucoup reste à faire, certes, mais nous sommes fiers de ce qui a été accompli et reconnaissants envers ceux et celles qui ont soutenu et enrichi le processus.

Participation communautaire

La participation communautaire demeure un élément important des activités du RLISS du Sud-Ouest. Nos quatre objectifs de participation communautaire illustrent notre engagement à établir et à maintenir un dialogue constructif avec nos partenaires :

- *Se concentrer sur les utilisateurs de soins de santé* – Nous établirons des partenariats pour développer un système axé sur le client avec les intervenants qui connaissent le mieux les besoins, la réalité et le degré de satisfaction des utilisateurs des services de santé.
- *Améliorer la responsabilisation à l'échelon local* – Nous améliorerons la responsabilisation par l'implication des membres de la communauté dans le processus décisionnel et la sensibilisation aux responsabilités communes à l'égard de l'atteinte des objectifs.
- *Équilibrer les priorités* – Nous voulons entendre le point de vue de chacune des collectivités de notre région diversifiée, de sorte à créer un sentiment de responsabilité envers l'équilibre de priorités concurrentes.
- *Développer la capacité et la viabilité du système* – Nous misons sur l'expérience et les compétences de nos partenaires pour mieux cerner les besoins locaux et élaborer des solutions viables et durables.

Activités de participation communautaire

Entre le 1er avril 2008 et le 31 mars 2009, le RLISS du Sud-Ouest a continué d'impliquer de diverses façons les résidants, fournisseurs et autres partenaires dans notre système de soins de santé :

- L'Expo provinciale des innovations Vieillir chez soi d'avril 2008 a rassemblé plus de 500 intervenants des 14 RLISS, y compris des professionnels de la santé et résidants de l'ensemble du territoire ontarien pour échanger et découvrir des pratiques novatrices destinées à l'amélioration de la prestation des services de santé aux personnes âgées. En partenariat avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le RLISS du Sud-Ouest a joué un rôle de premier plan dans la planification de l'Expo.
- Les équipes d'action prioritaire, formées de professionnels de la santé, de fournisseurs de soins de santé et de citoyens activement engagés dans l'amélioration de notre système de santé, ont accompli leur tâche de formulation de recommandations de niveau moyen à élevé envers les zones prioritaires décrites dans notre Plan de services de santé intégrés 2007-2010. Le succès des équipes d'action prioritaire est dû à la qualité de la participation et de l'expertise leurs membres, ainsi qu'au temps qu'ils y ont consacré.
- Le RLISS du Sud-Ouest, en partenariat avec Grey Bruce Health Services, London Health Sciences Centre et St. Joseph's Health Care, London, a créé en 2007 une équipe spéciale d'IRM qui veille à ce que les patients soumis aux examens d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) bénéficient de services opportuns et de grande qualité. Ce groupe, qui demeurera en fonction jusqu'à mars 2010, s'est réuni sept fois durant 2008-2009.
- En septembre, notre RLISS était l'hôte d'un forum des centres de santé communautaire (CSC) regroupant nos trois CSC en devenir et les deux CSC en place afin d'échanger des informations, de tisser des liens et d'établir des partenariats. Il y avait parmi les participants des membres du conseil d'administration du RLISS et des CSC, les chefs de la direction des deux CSC existants, le personnel du RLISS, des représentants de l'Association des centres de santé de l'Ontario et des consultants œuvrant au sein des CSC en phase de création..
- En octobre 2008, plus de 200 dirigeants représentant plus de 80 fournisseurs locaux de soins de santé se sont joints au RLISS du Sud-Ouest pour étudier les ententes de responsabilisation des services et amorcer le processus de soumission de plans. Le RLISS du Sud-Ouest a profité des séances d'octobre pour transmettre des informations sur la gouvernance, la responsabilisation, ainsi que les stratégies et objectifs touchant le système. Les séances visaient à aligner l'importance des ententes sur la direction du système de santé.
- En octobre, en collaboration avec le secteur 2 de l'Ontario Medical Association (OMA), le RLISS du Sud-Ouest était à nouveau l'hôte de trois ateliers de participation des médecins à London, Stratford et Owen Sound. En tout, 84 médecins ont participé aux ateliers. Certains ont exprimé leur satisfaction à l'égard de l'exercice et nombre d'entre eux ont indiqué vouloir demeurer en contact avec le RLISS.

- Entre les mois de janvier et mars 2009, le RLISS du Sud-Ouest a organisé la série de webémissions « A Healthier Tomorrow » destinées à la communication d'initiatives clés à nos intervenants. Pendant cette période, six webémissions traitant de diverses initiatives clés ont été diffusées. La série ciblait les membres des équipes d'action prioritaire, tous les groupes consultatifs, les fournisseurs de soins de santé et les partenaires communautaires. En moyenne, environ 150 à 200 personnes participaient à chacune des webémissions. À la fin de la série, les participants étaient invités à évaluer les émissions. La plupart des répondants ont exprimé leur satisfaction à l'égard de la série et déclaré qu'elle était un véhicule efficace d'échange d'informations appropriées à leur travail et une bonne utilisation de leur temps. Les six webémissions sont archivées pendant une année sur notre site Web pour visualisation future.
- Le RLISS du Sud-Ouest conserve des liens avec trois tables rondes de fournisseurs régionales – une pour chacune des zones géographiques (Nord, Centrale et Sud) – rassemblant des fournisseurs de soins de santé qui connaissent et comprennent les besoins en matière de santé à l'échelle locale. Les tables rondes de fournisseurs régionales jouent un rôle d'intervention clé dans diverses initiatives du RLISS et de direction au niveau des priorités et initiatives au plan local. Dans le Sud, nous entretenons également des liens avec des tables rondes géographiques, et les présidents et présidentes de chacune de ces tables siègent à la table ronde des fournisseurs de la région sud.
- Le Comité consultatif des professionnels de la santé, qui représente une vaste gamme de professionnels de la santé œuvrant dans divers secteurs sur l'ensemble du RLISS, conseille le RLISS sur nombre de questions et d'initiatives. Ce comité formé en juillet 2008 s'est réuni à la toute fin de l'année 2008-2009.

Cette année a également vu la participation de notre Conseil d'administration (CA) à de nouvelles séances entre conseils représentant plusieurs CA de nos fournisseurs de service de santé. Ces séances, qui précèdent les réunions mensuelles du conseil, permettent à leurs participants de mieux comprendre les charges et les responsabilisations des CA et favorisent la mise en commun d'objectifs et l'esprit de collaboration envers les enjeux et les occasions de notre système de soins de santé.

Le RLISS du Sud-Ouest continue de créer des partenariats par la mise à contribution de notre communauté à tous les niveaux. De plus, nous accueillons favorablement les recommandations d'activités futures liées à la participation et pouvant améliorer nos approches.

Le succès de la participation communautaire n'est possible que si elle fait appel à une méthodologie éprouvée qui assure que tous les éléments sont bien conceptualisés et mis en place avant d'entreprendre le processus. À cette fin, le RLISS du Sud-Ouest a adopté une méthodologie élaborée par l'International Association for Public Participation (IAP2) pour assurer que toutes les activités de participation soient exactement planifiées selon la définition de l'auditoire, la méthode de participation, le degré de participation voulu et les résultats escomptés. En 2008-2009, le RLISS du Sud-Ouest a bénéficié d'une formation de l'IAP2 sur la participation communautaire/publique que dispensait le RLISS de Champlain. La formation a mené à l'accréditation complète en matière de participation publique de l'IAP2 de 15 participants (dont deux provenant du RLISS du Sud-Ouest), représentant 12 RLISS.

Initiatives en matière de santé des autochtones
Le responsable chargé de la santé des autochtones embauché en septembre 2008 en collaboration avec le Centre d'accès aux soins de santé des autochtones du Sud-Ouest de l'Ontario œuvre auprès du RLISS du Sud-Ouest et celui d'Érié-St. Clair. Son rôle est de sonder les besoins et les préoccupations des communautés autochtones et d'agir à titre de ressource principale pour la planification, la participation communautaire et la direction stratégique des milieux autochtones des deux RLISS.

Au cours des huit derniers mois, le responsable de la santé des autochtones a effectué plusieurs rencontres avec des collectivités et des sociétés autochtones (voir la liste plus bas). Au cours de ces rencontres, les dirigeants communautaires ont parlé des services de santé offerts dans leurs communautés, des besoins au niveau de l'infrastructure, des problèmes de santé pressants et des pratiques exemplaires. Un congrès sur la santé des autochtones du RLISS du Sud-Ouest a également été planifié.

Voici les communautés et organismes autochtones du RLISS du Sud-Ouest qui ont été rencontrés :

Chippewas de la Thames, Oneida, Saugeen/Cape Croker, Oneida, Nation AGA Mnassged Delaware, London District Chiefs Council, Kettle Point, Chippewas de la Thames, Saugeen/Owen Sound Friendship Center, Chippewas de la Thames de Muncey, Kikeewaanikaan Healing Lodge.

Les prochaines étapes comprennent des interventions assidues auprès des communautés autochtones du RLISS du Sud-Ouest, y compris une réunion planifiée pendant une journée entière qui rassemblera des représentants de chacune des Premières nations du Sud-Ouest, des communautés autochtones et des fournisseurs de soins de santé intervenant auprès des autochtones dans les réserves et hors des réserves. Il est primordial que le RLISS du Sud-Ouest demeure à l'écoute des préoccupations liées à la santé de ces communautés qui doivent relever des défis importants liés à l'accès aux bons soins, au bon moment, au bon endroit et de la part des bons fournisseurs.

Nos communautés francophones
Le RLISS du Sud-Ouest accorde une très grande importance à sa responsabilité envers la gestion et la viabilité d'un système de soins de santé qui puisse répondre aux attentes de toutes les populations maintenant et dans le futur. Dans ce contexte, le RLISS du Sud-Ouest réaffirme sa reconnaissance des besoins et des droits fondamentaux de notre communauté francophone et s'efforce d'adapter la prestation des services et leur accès aux différences d'ordre culturel. Dans le cadre de la stratégie provinciale Vieillir chez soi, le RLISS du Sud-Ouest a financé une initiative d'encadrement des immigrants et des francophones qui prévoit l'adaptation et la personnalisation culturelle des interventions auprès des aînés immigrés ou francophones.

Dans un effort d'intervention auprès des collectivités francophones du RLISS du Sud-Ouest, des représentants des collectivités francophones communiquent régulièrement avec le RLISS du Sud-Ouest pour cerner les problèmes d'accès aux services en français et créer des occasions d'écarter les obstacles posés à notre population francophone.

S'inscrit dans l'élaboration de notre prochain PSSI, une séance prévue se tenir en français au cours de laquelle nos représentants francophones transmettront leurs opinions à un groupe de réflexion sur l'évaluation de l'état actuel amorcée dans le cadre de l'initiative de conceptualisation du système de soins de santé.

L'intégration dans le RLISS du Sud-Ouest

Au cours de l'exercice financier 2008-2009, le RLISS du Sud-Ouest a mis l'accent sur l'éducation et l'élaboration de ressources d'intégration. Une webémission diffusée à un public aussi vaste que diversifié de fournisseurs de soins de santé de l'ensemble du RLISS a permis de présenter les aspects juridiques des activités d'intégration et d'expliquer les rôles des conseils d'administration et de la direction des FSS. Cette webémission contenait des informations précieuses qui aideront nos fournisseurs de services de santé à répertorier et à mettre en œuvre des occasions d'intégration.

La diffusion a donné lieu à une discussion sur les relations entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le conseil d'administration, l'équipe de direction du RLISS et les fournisseurs de services de santé, ainsi que sur leurs rôles. La webémission définissait les divers types d'intégration et décrivait les politiques, les graphiques et les ressources disponibles pour guider les fournisseurs de services de santé dans la démarche d'intégration.

À fin de références, elle a été affichée sur le site Web du RLISS du Sud-Ouest où elle restera pendant une année complète après sa diffusion.

En outre, les séances entre conseils ayant eu lieu dans toute la région avant les réunions du conseil d'administration du RLISS du Sud-Ouest ont fourni d'autres occasions de renforcer cette information et de poursuivre le débat. À la suite de cette démarche, les propositions d'intégration volontaires ont commencé à affluer pour l'exercice financier 2009-2010.

Régler les problèmes de temps d'attente aux service d'urgence et réduire la pression sur l'ANS

La réduction du temps d'attente dans les services d'urgence (SU) demeure une priorité principale pour le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Dans le cadre de cette priorité, le RLISS du Sud-Ouest a financé plusieurs initiatives visant à améliorer le temps d'attente dans les SU et réduire le nombre de patients en autre niveau de soins (ANS) qui occupent des lits de soins de courte durée dans les hôpitaux, alors que les soins dont ils ont besoin leur seraient fournis de façon plus appropriée dans un autre cadre.

Actuellement, au RLISS du Sud-Ouest, un certain nombre d'initiatives sont en cours pour alléger la pression subie par les SU et améliorer les temps d'attente pour ceux qui ont le plus besoin de ces services. Un grand nombre de ces initiatives ont été financées dans le cadre de la stratégie provinciale Vieillir chez soi et le Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes. Vous trouverez plus bas une brève description des initiatives du RLISS du Sud-Ouest qui feront progresser la priorité ministérielle du temps d'attente des SU.

- Le personnel infirmier pour la gestion des urgences gériatriques évalue les personnes âgées qui arrivent au SU. Il s'agit de savoir si elles peuvent recevoir des soins plus adaptés dans un autre établissement, et donc, éviter une admission au service des urgences.
- Le programme de bien-être des personnes âgées comprend des programmes de prévention des chutes et des fractures.
- Le programme de prévention des chutes et d'intervention augmente le nombre de personnes âgées prises en charge par le programme d'exercices physiques à domicile.
- L'initiative d'hébergement avec services de soutien et contrôles de sécurité est également associée à la prévention des chutes et des fractures et permet de repérer les problèmes avant qu'ils ne nécessitent une visite au SU
- Le programme des responsables de la gestion de cas intégrée auSU favorise l'intervention précoce du responsable du centre d'accès aux soins communautaires (CASC) pour planifier la sortie et éviter une admission éventuelle.
- Le programme « Rapid Emergency Management Assessment for Community Transition » (REACT, en français Évaluation rapide de la gestion de l'urgence pour la transition communautaire) consiste en une évaluation d'équipe multidisciplinaire et des soutiens visant à éviter l'admission des personnes âgées se présentant au SU.
- L'équipe de soins avancés à domicile permet de tirer le maximum du recours au personnel infirmier praticien de la communauté pour permettre le maintien à domicile ou dans des maisons de soins de longue durée.
- Le renforcement des capacités des services de soutien communautaires permet d'accroître les ressources disponibles dans la communauté.

En outre, plusieurs initiatives actuelles visent à améliorer l'utilisation des lits pour soulager la pression de l'ANS :

- Le « Flo spread strategy » (stratégie de propagation) améliore le déplacement des patients dans le système de santé primaire, depuis l'admission à l'hôpital jusqu'à la sortie. L'expansion de ce programme, en cours, prévoit l'ajout de cinq partenariats (hôpitaux et CASC) dans le RLISS du Sud-Ouest. Deux projets pilotes menés à l'hôpital général de St. Thomas-Elgin et Grey Bruce Health Services démontrent que cette stratégie permet de diminuer la durée moyenne du séjour et accélère les sorties.
- Un projet conjoint entre les hôpitaux de London et le CASC du Sud-Ouest pour l'ajout de 20 lits à l'unité de soins de transition de l'hôpital Parkwood cible le soutien aux patients susceptibles de bénéficier de programmes de rétablissement dans un autre établissement. Sans ce programme, ces patients connaîtraient de longs séjours ou seraient transférés vers une maison de soins de longue durée. L'examen préliminaire signale une baisse des jours de prestation d'un autre niveau de soins (ANS), plus particulièrement pour la chirurgie et les programmes de médecine familiale. Il démontre également que 50 % des patients de l'unité des soins de transition sont retournés chez eux après leur séjour.

- À la fin de février 2009, le programme « Wait at Home » (Attendre chez soi), qui a tiré profit d'une augmentation des plafonds de service du CASC du Sud-Ouest, a permis à 53 patients d'attendre chez eux leur placement en maisons de soins de longue durée, plutôt que dans un lit de soins de courte durée. Jusqu'à présent, cette mesure a permis de gagner environ 1263 jours-patient pour les hôpitaux.
- Safe at Home est un programme de la stratégie Vieillir chez soi du CASC du Sud-Ouest. Il vient en aide aux personnes âgées en perte d'autonomie par le biais de visites d'une infirmière praticienne, de soins infirmiers supplémentaires et de visites de soutien du personnel visant à réviser la médication et soutenir les soignants. À la fin de février 2009, ce programme avait profité à 353 patients. Il a permis d'économiser environ 5,5 millions de dollars sur ce qui était initialement prévu en soins hospitaliers.
- Le « Tillsonburg Community Transition Model » (modèle de transition communautaire de Tillsonburg) est un partenariat conjoint entre l'hôpital, le CASC du Sud-Ouest, les maisons de soins de longue durée et les fournisseurs de services de santé. Il vise la prestation d'un niveau de soins plus adapté en association avec des programmes communautaires, des services du CASC, etc. Il a abouti à une véritable collaboration communautaire visant la prestation de soins centrés sur le client.

Autres initiatives pour améliorer les soins de santé dans le RLISS du Sud-Ouest

Outre les nombreux programmes détaillés dans les autres sections de ce rapport, le RLISS du Sud-Ouest finance également des initiatives qui n'influenceront pas seulement les soins de santé dans notre RLISS, mais qui, une fois mises en œuvre, amélioreront également les soins de santé à l'échelon provincial.

Le RLISS du Sud-Ouest a été nommé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée avec deux autres RLISS pour mettre en œuvre la première étape de la stratégie ontarienne de lutte contre le diabète. Conformément aux recommandations de nos équipes d'actions prioritaires en gestion et prévention du diabète et des maladies chroniques, nous avons concentré nos efforts sur les moyens d'améliorer l'accès aux équipes de soins les plus proches du domicile et sur l'élaboration d'un registre en ligne des cas de diabète, en association avec la stratégie de la cybersanté.

Le RLISS du Sud-Ouest est bien placé pour effectuer ce travail en tant que pionnier du registre provincial des cas de diabète et comme animateur du projet Partnerships for Health (partenariats pour la santé) destiné à promouvoir de meilleurs soins de santé primaires pour les adultes souffrant du diabète. En participant aux dossiers du soutien aux adultes handicapés, du registre des cas de diabète et de Partnerships for Health, le RLISS du Sud-Ouest aide les personnes diabétiques à recevoir des soins coordonnés de grande qualité de la part de divers fournisseurs.

Le RLISS du Sud-Ouest est l'un des deux RLISS nommés pour devenir des « pionniers » de la stratégie provinciale de cybersanté. La première étape importante de cette stratégie sera axée sur la création d'un registre provincial des cas de diabète, ayant pour objectif à long terme la mise en œuvre d'un dossier de santé électronique. Les autres initiatives de la cybersanté prévoient la connexion à des systèmes d'information hospitaliers pour permettre un accès plus étendu aux données du patient, l'envoi de résultats par voie électronique vers les dossiers médicaux informatisés du médecin et la création d'un répertoire régional pour toute l'imagerie diagnostique.

Résultats de l'exploitation

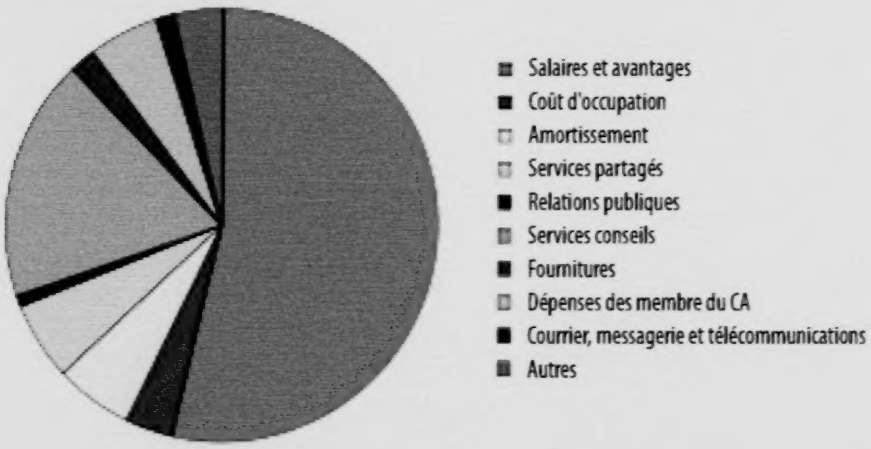
En 2008-2009, l'exploitation réel du RLISS du Sud-Ouest comportait deux volets :

5,261 millions pour l'exploitation
0,905 million pour les projets spéciaux

Le budget d'exploitation destinait un financement annualisé de 35 000 $ à la participation des communautés autochtones.

Activités
Le RLISS du Sud-Ouest affichait un surplus d'exploitation de 35 230 $ à la fin de l'année. Le tableau ci-dessous représente les dix principaux types de dépenses du RLISS du Sud-Ouest. La plus grande part est associée aux salaires et avantages sociaux des 31 membres du personnel, dont quatre ont été embauchés à forfait pour des projets particuliers.

Dépenses d'exploitation



Projets spéciaux
Les sommes reçues et dépenses ponctuelles du RLISS du Sud-Ouest visant la planification et la création de projets spéciaux au cours de l'exercice financier 2008-2009 comprenaient :

	FINANCEMENT	DÉPENSES
Cybersanté	650 000	650 000
Diabète	127 500	119 893
Responsable du service des urgences	75 000	62 629
Salle des urgences/Autre		
Niveau de soins	33 300	22 666
Initiative de service infirmier	50 000	50 000
Total	**935 800 $**	**905 188 $**

États financiers du

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

31 mars 2009

Rapport des vérificateurs	22
État de la situation financière	23
État des activités financières	24
État de la variation de la dette nette	25
État des flux de trésorerie	25
Notes complémentaires	26-33

Deloitte.

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7 Canada
Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (le « RLISS ») au 31 mars 2009 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest au 31 mars 2009 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Deloitte & Touche LLP

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 30 avril 2009

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État de la situation financière
au 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**1 254 897**	1 012 184
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	**2 113 558**	1 317 520
Débiteurs	**2 826**	8 515
	3 371 281	2 338 219
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**1 173 998**	808 284
Montant à verser au Ministère (note 3b)	**65 842**	209 281
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**2 113 558**	1 317 520
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**17 883**	3 134
Apports de capital reportés (note 5)	**675 415**	959 146
	4 046 696	3 297 365
Engagements (note 6)		
Dette nette	**(675 415)**	(959 146)
Actifs non financiers		
Immobilisations (note 7)	**675 415**	959 146
Surplus accumulé	-	-

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL

ADMINISTRATEUR

ADMINISTRATEUR

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État des activités financières
au 31 mars 2009

	Budget (non vérifié) (note 8)	2009 Actual	2008 Actual
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 839 002 228**	**1 910 900 828**	1 839 656 949
Activités du RLISS	**5 012 666**	**4 989 934**	3 583 969
Services de cybersanté (note 10a)	**120 000**	**650 000**	275 000
Stratégie sur le diabète (note 10c)	-	**127 500**	-
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	236 000
Chef de service des urgences (note 10b)	-	**75 000**	31 300
Gestion des listes d'attente	-	-	70 000
Chef de la performance du projet Interventions d'urgence _ Autre niveau de soins (« Urgences _ ANS ») (note 10d)	-	**33 300**	-
Projet 70 % d'infirmières à temps plein (note 10e)	-	**50 000**	-
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	**306 463**	226 636
	1 844 134 894	**1 917 133 025**	1 844 079 854
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 839 002 228**	**1 910 900 828**	1 839 656 949
Frais généraux et administratifs (note 11)	**5 012 666**	**5 261 167**	3 797 561
Services de cybersanté (note 10a)	**120 000**	**650 000**	275 000
Stratégie sur le diabète (note 10c)	-	**119 893**	-
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	153 506
Chef de service des urgences (note 10b)	-	**62 629**	25 546
Gestion des listes d'attente	-	-	70 000
Chef de la performance du projet Urgences _ ANS (note 10d)	-	**22 666**	-
Projet 70 % d'infirmières à temps plein (note 10e)	-	**50 000**	-
	1 844 134 894	**1 917 067 183**	1 843 978 562
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	**65 842**	101 292
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	**(65 842)**	(101 292)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

État de la variation de la dette nette
au 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations (note 12)	**(22 732)**	(533 685)
Amortissement des immobilisations	**306 463**	226 636
Diminution (augmentation) de la dette nette	**283 731**	(307 049)
Dette nette au début	**(959 146)**	(652 097)
Dette nette à la fin	**(675 415)**	(959 146)

État des flux de trésorerie
pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**306 463**	226 636
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**(306 463)**	(226 636)
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Augmentation du montant à recevoir du Ministère	**(796 038)**	(1 317 520)
Diminution (augmentation) des débiteurs	**5 689**	(8 515)
Augmentation des créditeurs et charges à payer	**365 714**	324 594
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère	**(143 439)**	101 292
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**796 038**	1 317 520
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	**14 749**	(60 628)
	242 713	356 743
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	**(22 732)**	(533 685)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 5)	**22 732**	533 685
Augmentation nette de la trésorerie	**242 713**	356 743
Trésorerie au début	**1 012 184**	655 441
Trésorerie à la fin	**1 254 897**	1 012 184

Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest

Notes complémentaires
31 mars 2009

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest a été constitué par lettres patentes le 9 juillet 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local (la « Loi »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Sud-Ouest (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la Loi.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS couvre le territoire allant de Tobermory, au nord, à Long Point, au sud, soit une superficie d'environ 22 000 kilomètres carrés. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité
Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et la perte de valeur d'actifs.

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux
Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Les sommes non dépensées sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis.

Apports de capital reportés
Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations
Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

- Matériel informatique 3 ans
- Améliorations locatives Durée du bail
- Matériel, mobilier et agencements de bureau 5 ans
- Développement Web 3 ans

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet.

Utilisation d'estimations
La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	PRODUITS	CHARGES	SURPLUS DU 2009	SURPLUS DU 2008
	$	$	$	$
Paiements de transfert aux founisseurs de services de santé	1 910 900 828	1 910 900 828	-	-
Activités du RLISS	5 296 397	5 261 167	35 230	13 044
Services de cybersanté	650 000	650 000	-	-
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	-	82 494
Chef de service des urgences	75 000	62 629	12 371	5 754
Gestion des listes d'attente	-	-	-	-
Stratégie sur le diabète	127 500	119 893	7 607	-
Chef du projet Urgences – ANS	33 300	22 666	10 634	-
Projet 70 % d'infirmières à temps plein	50 000	50 000	-	-
	1 917 133 025	1 917 067 183	65 842	101 292

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2009	2008
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**209 281**	107 989
Montant du financement remboursé au Ministère	**(209 281)**	-
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	**65 842**	101 292
Montant à verser au Ministère à la fin	**65 842**	209 281

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2009	2008
	$	$
Solde au début	**959 146**	652 097
Apports de capital au cours de l'exercice (note 12)	**22 732**	533 685
Amortissement pour l'exercice	**(306 463)**	(226 636)
Solde à la fin	**675 415**	959 146

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	$
2010	212,594
2011	207,339
2012	206,561
2013	203,126
2014	198,349

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement du RLISS par le Ministère.

7. Immobilissations

	COÛT	AMORTISSEMENT CUMULÉ	2009 VALEUR COMPTABLE NETTE	2008 VALEUR COMPTABLE NETTE
	$	$	$	$
Matériel informatique	**65 483**	**51 302**	**14 181**	31 565
Améliorations locatives	**1 366 041**	**842 937**	**523 104**	399 624
Matériel, mobilier et agencements de bureau	**164 652**	**33 855**	**130 797**	122 292
Développement Web	**21 998**	**14 665**	**7 333**	14 665
Travaux de construction en cours	-	-	-	391 000
	1 618 174	**942 759**	**675 415**	**959 146**

Les travaux de construction en cours de l'exercice précédent, qui totalisent 391 000 $, se rapportent aux améliorations locatives. Ces améliorations ont été complétées au cours de l'exercice considéré et sont incluses dans les améliorations locatives au 31 mars 2009.

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2008. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement final des fournisseurs de services de santé de 1 910 900 828 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	**1 893 002 228**
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	**17 898 600**
Budget final	**1 910 900 828**

Le budget d'exploitation final de 5 925 734 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	**5 012 666**
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice	**935 800**
Montant considéré comme des apports de capital au cours de l'exercice	**(22 732)**
Budget final	**5 925 734**

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 1 910 900 828 $ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2009 :

	2009	2008
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**1 424 880 921**	1 386 177 103
"Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics"	**451 350**	451 350
Centres de soins de longue durée	**235 432 172**	220 743 630
Centres d'accès aux soins communautaires	**148 561 357**	139 286 415
Services de soutien communautaires	**27 838 627**	23 386 594
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**13 067 348**	11 270 977
Centres de soins de santé communautaires	**7 417 723**	7 054 462
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**53 251 330**	51 286 118
	1 910 900 828	1 839 656 649

10. Des financements distincts ont été accordés au RLISS par le Ministère relativement aux projets suivants :

a) **Services de cybersanté** Le bureau des services de cybersanté du Ministère a octroyé un montant de 650 000 $ (275 000 $ en 2008) au RLISS. Le RLISS avait conclu un contrat en vertu duquel il a retenu les services du London Health Sciences Centre (le « LHSC ») au cours de 2008.

b) **Chef de service des urgences** Le Ministère a octroyé un montant de 75 000 $ (31 300 $ en 2008) au RLISS pour que celui-ci engage un représentant chargé de la planification du service des urgences. Le RLISS a nommé le Dr Lisa Shepherd à ce titre, et celle-ci a reçu une rémunération totalisant 62 629 $ sous forme d'indemnités et d'allocations mensuelles pour dépenses quotidiennes comme le décrit le Ministère. Le RLISS a comptabilisé le solde restant à titre de montant remboursable au Ministère.

c) **Stratégie sur le diabète** Le Ministère a octroyé un montant de 127 500 $ au RLISS relativement au financement de la stratégie de gestion du diabète. Le RLISS a engagé des charges totalisant 119 893 $ et a comptabilisé le solde restant à titre de montant remboursable au Ministère.

d) **Chef du projet Urgences – ANS** Le Ministère a octroyé un montant de 33 300 $ au RLISS relativement au financement de la stratégie de gestion des urgences. Le RLISS a engagé des charges d'exploitation totalisant 22 666 $ et a comptabilisé le solde restant à titre de montant remboursable au Ministère.

e) **Projet 70 % d'infirmières à temps plein** Le Ministère a octroyé un montant de 50 000 $ au RLISS relativement à la stratégie de recrutement d'infirmières. Le RLISS a engagé des charges totalisant 50 000 $.

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2009	2008
	$	$
Salaires et charges sociales	2 824 036	2 157 430
Charges locatives (note 12)	190 509	264 095
Amortissement	306 463	226 636
Services partagés	300 000	299 273
Relations publiques	54 169	83 750
Services-conseils	943 272	324 640
Fournitures	96 615	54 244
Charges des membres du Conseil	287 334	190 229
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	65 134	60 451
Autres	193 635	136 813
	5 261 167	3 797 561

12. Dépenses remboursées

Le RLISS a conclu une entente avec le Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest (le « CASC ») pour lancer un projet de prévention et de gestion des maladies chroniques (le « projet PGMC »). Le CASC paiera les frais du RLISS pour l'aménagement et l'installation initiale des bureaux dans le cadre du projet PGMC. Au cours de l'exercice 2009, les montants reçus pour l'installation initiale des bureaux ont donné lieu à une baisse de 80 100 $ des acquisitions d'immobilisations et des apports de capital reportés, qui sont passés de 102 832 $ à 22 732 $, et les montants reçus pour l'aménagement ont donné lieu à une baisse de 84 050 $ des charges locatives, qui sont passées de 274 559 $ à 190 509 $.

13. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 22 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 208 061 $ pour l'exercice 2009 (170 673 $ en 2008) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières.

14. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la Loi sur la gestion des finances publiques. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la Loi sur la gestion des finances publiques et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local et conformément au chapitre 28 de la Loi sur la gestion des finances publiques.

15. Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles » pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter des informations additionnelles.

ISSN 1911-4214 juin/09 ©2009

Ontario
Réseau local d'intégration
des services de santé
du Sud-Ouest